Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica

Brazilian Medical Education: a Historical Analysis of Academic and Pedagogical Education

Clarisse Daminelli Borges Machado[I]
Andrea Wuo[I]
Marcia Heinzle[I]

PALAVRAS-CHAVE

– Educação Médica.
– Currículo.
– Metodologias Ativas.

RESUMO

O presente ensaio apresenta uma breve análise histórica da educação médica no Brasil por meio de sua evolução acadêmica e pedagógica. Evidenciam-se, nas últimas décadas, novos modelos de ensino como opção para a formação de profissionais médicos, estando estes envolvidos com os conceitos contemporâneos de saúde e doença, voltados ao atendimento das demandas sociais, suscitadas nacional e internacionalmente. Neste ensaio abordaremos os seguintes focos de estudo: (a) ensino superior e escolas médicas no Brasil, (b) arquitetura curricular na educação médica: desafios e possibilidades e (c) reflexos das mudanças curriculares e das metodologias ativas no perfil do médico formado. Acerca de mudanças na formação profissional médica, chegamos à conclusão de que mudanças nas arquiteturas curriculares parecem não bastar, como agentes isolados, na alteração do perfil dos profissionais. No Brasil, ainda são escassos os estudos acerca do médico formado pelos diferentes métodos e currículos, ficando em aberto a discussão acerca da eficiência transformadora das arquiteturas curriculares distintas.

KEY-WORDS

– Medical Education.
– Curriculum.
– Active Methodologies.

ABSTRACT

This essay presents a brief historical analysis of medical education in Brazil throughout its academic and pedagogical evolution. In order to meet social demands and the contemporary concepts of health and sickness, new models of education have emerged in recent decades, as options for the training of medical professionals, both nationally and internationally. In this essay, we focus on the following topics: a) higher education and medical schools in Brazil, b) curricular architecture in medical education: challenges and possibilities; and c) reflections on curricular changes and active methodologies in the profile of the graduate physician. Regarding the changes in medical professional training, we come to the conclusion that changes in curricular architectures do not appear to be sufficient, in themselves, to change the profile of professionals. In Brazil, there are very few studies about physicians trained by the different methods and curricula, and the discussion about the transformative efficiency of the different curricular architectures remains unresolved.

Recebido em: 3/7/18

Aceito em: 18/7/18

[I] *Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, Santa Catarina, Brasil.*

INTRODUÇÃO

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico em Programas de Saúde da Família vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma crescente, a equipes multidisciplinares exige que os profissionais estejam vinculados à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado[1].

A formação de médicos que atendam a esta nova realidade parece algo que os cursos de graduação experimentam, aos poucos, por meio de adaptações curriculares e de novas metodologias de ensino. Os currículos centrados em disciplinas e de cunho hospitalocêntrico, focados no processo patológico, têm cedido espaço ao desenvolvimento de currículos menos estruturados, que percorrem o processo de ensino-aprendizagem com maior autonomia e participação ativa do estudante.

Com base nos preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (2014), a formação acadêmica deve proporcionar ao estudante um ambiente em que se desenvolva o pensamento crítico e reflexivo, e de "compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença"[2]. Compreender este processo de formação para além do aspecto pedagógico, incidindo, de fato, numa formação mais humanizada dos profissionais médicos, ainda parece um grande desafio.

O ENSINO SUPERIOR E AS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL

Enquanto a América espanhola, mediante iniciativa do estado colonial e da Igreja, já possuía duas dezenas de universidades em meados de 1800, o Brasil, colônia portuguesa mais bem guardada, pôde experimentar a chegada do ensino superior apenas em 1808, atendendo às necessidades da família real lusitana recém-desembarcada. Não bastasse o atraso temporal, as escolas aqui fundadas seguiam o sistema português de universidade escolástica, com a fé cristã em evidência, difundido na Europa na Idade Média. Uma mudança nesta concepção começou a ser percebida apenas em 1889, com o advento da República e a chegada do modelo francês de ensino superior[3].

Aberta em 18 de fevereiro de 1808, via carta régia, a Escola de Medicina e Cirurgia no Hospital Militar da Bahia configurou-se como a primeira escola de ensino superior no Brasil, e pouco depois, em 2 de abril do mesmo ano, era inaugurada a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro. Começava, assim, a educação superior nacional. A abertura por decreto das escolas médicas não significou, porém, avanços práticos, já que as escolas formavam, dentro de suas limitações econômicas e estruturais, os chamados cirurgiões barbeiros, dotados de pouco ou nenhum conhecimento teórico, reproduzindo as mesmas práticas oferecidas anteriormente. Em 1813, as escolas cirúrgicas foram reorganizadas, alçadas à categoria de academias, com a formação dos profissionais denominados "formados em cirurgia", dotados de mais conhecimentos e técnicas, obtidos pelo acréscimo de dois anos à formação acadêmica tradicional. Com a consolidação da medicina como prática profissional diferenciada, foi fundada, em 1829, a Sociedade de Medicina, que deu origem, em 1832, às Faculdades de Medicina no País, com cursos com seis anos de duração e ofertas anuais de vagas[4].

Apesar da existência e funcionamento das academias, histórica e oficialmente, a primeira universidade brasileira, enquanto projeto acadêmico e institucional pleno, surgiu em 1934, sob o modelo francês de ensino, com a Universidade de São Paulo (USP). O modelo francês, também chamado napoleônico, foi concebido à luz da razão, seguindo os conceitos iluministas de homem e sociedade. Com fundamentação técnico-científica e de caráter laico, foi organizado em escolas isoladas, voltadas à profissionalização. Neste modelo, portanto, a pesquisa estava dissociada do ensino[5].

À mesma época, no cargo de secretário da Educação do Distrito Federal, Anísio Teixeira promoveu a fundação da Universidade do Distrito Federal (UDF, localizada no Rio de Janeiro), contando com o apoio dos maiores nomes da cultura nacional.

> *Esse grupo era uma espécie de seleção brasileira dos intelectuais daquele tempo. Villa-Lobos era o líder acadêmico na música, Cândido Portinari na pintura, Gilberto Freire na Antropologia, Josué de Castro na Sociologia, Sérgio Buarque de Holanda na História, Oscar Niemeyer na Arquitetura... o reitor era Afrânio Peixoto.* (p. 96)[3]

Surgia no Brasil, pelas mãos desse grupo, a chamada educação democrática, uma educação pública e gratuita, de acesso a todas as classes sociais e que trazia para a sala de aula experiências cotidianas. Acusados de socialistas pelo então presidente da República Getúlio Vargas, Anísio Teixeira e seus colegas foram destituídos dos cargos universitários, e a UDF, assim por dizer, extinta. Apenas em 1946, com o término da Era Vargas, é que se observou expansão do ensino superior com a criação das universidades federais[3].

Mas foi na década 1960, com o incentivo da cultura norte-americana durante o governo de Juscelino Kubitschek, que a universidade brasileira, mais precisamente pelo projeto da ins-

tituição da Universidade de Brasília (UNB), apontou como modelo universitário diferenciado, fundamentado pela indissociabilidade entre pesquisa, ciência e tecnologia. Anísio Teixeira trouxe ao País o conceito norte-americano de educação superior, com cátedras vitalícias substituídas por departamentos organizados em disciplinas e o ensino dividido em ciclos básicos e profissionalizantes. Este modelo continuaria a ser empregado mesmo após a Reforma Universitária, introduzida pelos militares em parceria com o BID e o FMI em 1968, seguindo a nova realidade socioeconômica imposta pelo mercado mundial.

> *A reforma atingiu, em cheio, a estrutura administrativa da universidade, institucionalizando a carreira acadêmica, abolindo o sistema de cátedras e introduzindo a estrutura departamental e o regime de créditos, em uma clara adesão ao modelo norte-americano de universidade pautado nos princípios da eficiência e da produtividade [...].*[5]

Mesmo com o fim das cátedras vitalícias e a implantação dos departamentos e suas respectivas disciplinas, o que parecia, a princípio, progresso mostrou-se ao longo dos tempos uma nova fonte de problemas. Esse modelo pouco faz para que as disciplinas interajam, mesmo fazendo parte de um único departamento e estando ligadas à formação de um mesmo perfil profissional.

ARQUITETURA CURRICULAR NA EDUCAÇÃO MÉDICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Seguindo o modelo norte-americano de educação médica de Abraham Flexner, com incentivo à pesquisa e a importância do ensino hospitalar, e a exaltação à docência com dedicação exclusiva (com delimitação e aprofundamento em áreas de estudo, culminando nas especialidades), o ensino médico nacional trabalha com um modelo essencialmente individualista, biologicista, hospitaloêntrico e com ênfase nas especializações[6].

O modelo flexneriano, pautado em disciplinas isoladas e na consequente fragmentação do aprendizado, encontra-se aplicado na maioria dos cursos de Medicina do País. Os alunos recebem os materiais preparados pelos professores e fixam os estudos em assuntos já pré-programados, ficando a discussão e o processo de aprendizagem com pouca flexibilidade. Sob este esquema metodológico são formados profissionais tecnicamente hábeis e com amplo conhecimento dos processos patológicos, sem que haja, entretanto, a transferência adequada desses aprendizados para a realidade social em que serão inseridos na prática médica.

O modelo de currículo linear-disciplinar caracteriza-se por ser um conjunto de disciplinas justapostas que, geralmente, não mantêm relações entre si. Ao estudante, este tipo de currículo costuma apresentar-se apenas como requisito para o progresso dentro do sistema educacional, já que não tem como intuito trazer para a sala de aula, por meio de assuntos pré-programados, discussões de cunho social, político ou econômico. Pela estrutura rígida em que é formulado, apresenta, de costume, um corpo docente com foco estrito em sua área de atuação específica, que reproduz, mesmo que de forma inconsciente, este conceito fragmentador de ideias descontextualizado. Para Bernstein[13], o currículo linear-disciplinar acaba se configurando como um currículo quebra-cabeças, em que os conteúdos se encontram isolados uns dos outros, e o corpo docente e o corpo discente têm pouco poder de interferência sobre o modelo, já que, geralmente, não participam da formulação deste. No âmbito curricular é assim definido:

> *Separação entre teoria e prática, um ciclo básico e outros profissionalizantes, separados e distintos, assim como um* habitus *docente baseado na predominância da exposição do conteúdo pelo professor e da memorização dele pelos alunos, centralizando, ambos, na verificação pelos exames.* (p. 47)[14]

É inegável, porém, que algumas instituições de ensino superior, visando à formação integral do acadêmico, têm procurado, mediante a reformulação curricular, aproximar os profissionais da saúde da realidade social que os cerca. Este movimento nacional de questionamentos acerca da formação médica data da década de 1960 e ganha corpo por meio da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), com publicações sobre este tema em anais e congressos brasileiros de Medicina. A Associação visava, primordialmente, que a graduação formasse médicos mais generalistas e, consequentemente, com menos ênfase nas especialidades[6].

Esta tendência nacional de formação generalista com o propósito de moldar um profissional médico capaz de lidar com os problemas da sociedade segue conceitos discutidos mundialmente. Em 1978, na cidade de Alma-Ata, extinta União Soviética, durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi redigida a Declaração de Alma-Ata que consistia em promover o acesso à saúde de forma igualitária para todos os cidadãos, sendo estes de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sob o *slogan* "Saúde para Todos no Ano 2000". Na sequência, em 1986, na chamada Carta de Ottawa, o conceito de saúde apareceu transformado, deixando de ser a ausência de doença que, seguindo o modelo biomédico, se fundamentava na patogenia e na terapêutica, sendo caracterizado como "individualista, curativo, centrado

http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065

na figura do médico, fragmentado, especialista e hospitalocêntrico"[7], para tornar-se qualidade de vida, explicitando, juntamente com outros eventos internacionais subsequentes, a necessidade de profissionais da saúde voltados à atenção básica. A Organização Mundial de Saúde define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades"[8].

De forma concreta, porém, estas mudanças só passariam a ser aplicadas no Brasil após a promulgação da nova Constituição, em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem no Artigo 196 os dizeres "saúde é direito do cidadão e dever do Estado"[6].

> *Vários fóruns internacionais e nacionais de educação têm-se orientado, neste sentido, para a transformação dos cursos de graduação, mediante a revisão dos conteúdos e inovação das metodologias, buscando capacitar o profissional para o atendimento das demandas básicas de saúde, tendo em vista a promoção de saúde.* (p. 119)[6]

Para que este conceito de saúde atingisse toda a população brasileira, o Ministério da Saúde instituiu, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), promovendo mudanças na organização dos serviços de saúde prestados e possibilitando a implementação do SUS. Oferecer à população o acesso à saúde implicou, diretamente, o preparo e condicionamento dos profissionais médicos. A partir de então, era preciso que esse profissional tivesse, já na sua graduação, um olhar voltado para a realidade social.

Diante da necessidade de mudança no perfil do acadêmico de Medicina, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) em 1994, afirmou:

> *Os médicos devem ser preparados para promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar o deficiente, de maneira ética e amorosa, dentro da sua área de competência. Não se trata de um somatório de disciplinas, mas de uma formação transdisciplinar, a qual lhes dará condições de agir em equipes de caráter multidisciplinar e multiprofissional, em estudos e soluções dos problemas de saúde.* (p. 137)[6]

Fica claro, portanto, que a mudança no perfil médico passa pela formação inicial do futuro profissional e, para isso, as instituições de ensino superior precisam repensar suas metodologias de ensino. Uma forma de introduzir esta mudança parece ser mediante a implantação de novas arquiteturas curriculares. Para isso, é preciso compreender o currículo para além do seu sentido etimológico, de um percurso que deve ser realizado, e ampliá-lo para uma compreensão da relação entre os saberes essenciais da formação médica e a ação para desenvolvê-la de forma reflexiva e ética. "O currículo define um território prático sobre o qual se pode discutir, investigar, mas, antes de tudo, sobre o qual se pode intervir."[9]

Segundo esta perspectiva de mudança na formação acadêmica, a partir dos anos 2000, os ministérios da Saúde e da Educação formularam políticas destinadas a promover mudanças na formação dos profissionais de saúde. Figuram entre estas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o VER-SUS, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)[1] e o PET-Saúde, que:

> *Configurou como uma proposta de favorecer as mudanças na formação em saúde, por meio da interdisciplinaridade e da integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidas no contexto da Saúde da Família. Teve como pressuposto a educação pelo trabalho, e seu objetivo foi o de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. Configurou-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde*.[10]

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação em novembro de 2001, as características pedagógicas dos cursos de Medicina aparecem em consonância com as demandas e expectativas universais acerca da formação médica. O Artigo 9° destas DCN aborda o projeto pedagógico e a relação docente/discente da seguinte maneira:

> *O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência*.[11]

Da mesma forma, e ainda, dando maior ênfase à integração curricular, as DCN de 2014 trazem no Artigo 29, como exigência de estrutura do curso, o seguinte:

> *Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.*[2]

E volta a frisar no Artigo 32:

> *O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem.*

No intuito de mobilizar estudantes para a participação ativa no processo de ensino-aprendizagem, ressignificando o papel do professor como mediador, os cursos de graduação passaram a adotar metodologias ativas no processo ensino--aprendizagem.

Na última década, percebe-se uma tendência, cada vez maior, de diminuição de propostas curriculares disciplinares e uma crescente implantação de currículos integrados com proposições de metodologias ativas. No Estado de Santa Catarina, por exemplo, conforme dados obtidos nos endereços eletrônicos das instituições, das 12 escolas médicas existentes, apenas quatro ainda empregam currículo disciplinar clássico (linear-disciplinar), enquanto as demais propõem Currículo Integrado Modular, Aprendizagens Baseadas em Problemas (PBL) ou ainda currículos híbridos, que mesclam seu redesenho curricular. Essas abordagens curriculares que propõem metodologias ativas se fundamentam nos princípios da aprendizagem ativa e significativa. Entre eles: (a) a resolução de problemas por meio da articulação entre os campos profissional e acadêmico; (b) o desenvolvimento de conhecimentos transversais por meio da atuação em equipes; (c) a complexidade dos conhecimentos, em atividades pautadas na multidisciplinaridade.

Podemos entender que as metodologias ativas se baseiam em diferentes formas de desenvolver o processo de aprender, do qual os estudantes participam utilizando experiências reais ou simuladas, visando criar condições para solucionar os desafios advindos das atividades essenciais da prática social em diferentes contextos[12]. São modalidades compreendidas nas metodologias ativas: o estudo de caso, bastante utilizado em Direito, Administração e nos cursos da área de saúde; Aprendizagem Baseada em Projetos, empregado nos últimos anos no campo das engenharias; a Pesquisa Científica, como princípio investigativo; a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, utilizado nos cursos de ciências agrárias e da saúde; e o mais amplamente utilizado nos cursos de Medicina, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Em oposição aos modelos considerados ultrapassados e centralizadores, um grupo de professores, provenientes de diversas universidades do mundo, deu início, no final da década de 1960 a um programa inovador de aprendizagem em Medicina. Nascia, assim, na Universidade de McMaster, no Canadá, a metodologia denominada *Problem Based Learning (PBL)*, definida como:

> *Um processo de autoaprendizagem, em um contexto colaborativo. Inspirada nos princípios da Escola Nova, a ABP tem como objetivo desenvolver habilidades cognitivas para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão. Os acadêmicos levantam questões a partir de problemas da vida real, que são geralmente apresentados como casos clínicos contextualizados, elaborados pelos docentes ou até pelos próprios acadêmicos. O elenco de diversas situações problemas serve como desencadeamento de busca e estudo dos conceitos, desafiando o acadêmico como sujeito ativo do seu processo de aprendizagem, no que difere do modelo tradicional. Portanto, a organização curricular se dá a partir de problemas reais e não por disciplinas, integrando as ciências básicas com as áreas clínicas.*[15]

No Brasil, a inclusão de novos modelos curriculares se inicia na década de 1990, mais precisamente na Faculdade de Medicina de Marília (SP) e na Universidade Estadual de Londrina (PR), com a implementação da *PBL*. Neste modelo curricular, o movimento de incorporação de questões cotidianas, sem que estejam atreladas a disciplinas, transforma o aluno em ator principal no processo de aprendizagem, deslocando a aula do domínio docente para o discente. Transformado no centro construtor do conhecimento, o aluno, agora protagonista do processo, responsabiliza-se pela busca de respostas, pela formulação de hipóteses e consequente produção e absorção de conteúdo. Na Medicina, não é diferente:

> *A combinação entre a ABP e o contato com pacientes desde o início do curso, a integração de diferentes disciplinas e elementos de ensino interprofissional, além da ênfase no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, tornaram-se a base do currículo médico.* (p. 123)[16]

Deixar a perspectiva do mestre, transmissor de conhecimento, e assumir um papel de facilitador do processo de aprender é uma das características necessárias ao docente que atua no modelo *PBL*. Ao atuar na orientação científica dos alunos, o professor assume uma posição muito mais de cooperação que de detentor da verdade. A relação entre os docentes

também se encontra modificada neste modelo curricular. Os professores, por não trabalharem com planos de ensino estruturados em disciplinas, partilham, além de saberes e conhecimentos, o convívio e a experiência. A participação longitudinal na formação acadêmica permite ao docente uma visão da totalidade do curso, assim como da formação do acadêmico. Sobre a importância destas relações afirma Paulo Freire:

> *A educação deve começar pela superação da contradição educador-educando; deve se fundamentar na conciliação de seus polos, de tal maneira que ambos sejam, simultaneamente, educadores e educandos*. (p. 226)[17]

As instituições de ensino, para além de seu corpo docente, adquirem papel fundamental na sustentação de qualquer modelo curricular inovador implantado. No currículo em questão, é mister que os docentes se dediquem de forma integral à instituição e que sejam preparados para atuar de forma participativa na formação acadêmica. Nas metodologias ativas, a estrutura física de salas de aula, laboratórios e espaços de convívio deve atender à necessidade de integração que o modelo curricular exige. Diante de tantas premissas, fica claro que a implantação desta arquitetura curricular não se dá de forma abrupta e sem amplo planejamento das instituições de ensino superior.

Reflexos das mudanças curriculares e das metodologias ativas no perfil do médico formado

Ao longo dos anos, os currículos integrados e as metodologias ativas apresentaram-se como alternativa aos currículos tradicionais, respondendo às expectativas criadas em torno da formação médica, embasadas pelas políticas públicas nacionais e internacionais. Entretanto, após 20 anos do início da implantação de novas arquiteturas curriculares e metodologias ativas nas escolas médicas brasileiras, é necessário avaliar os resultados destas nos profissionais formados. Em levantamento de trabalhos científicos acerca da *PBL*, não se encontraram estudos com evidências de que, apesar de utilizada por grande parte das escolas médicas no mundo, a *PBL* figure como agente transformador dos profissionais médicos[18].

Os autores[18] trazem dados de estudos, em sua maioria internacionais, em que não foram demonstradas melhoras na formação clínica, habilidades de comunicação, desempenho e colocações de carreira dos médicos formados em instituições que adotam a *PBL*. Por sua vez, há um aumento da participação e dedicação destes na atenção básica de saúde, efeito atribuído à maneira coletiva de produção de conhecimento presente nesta metodologia.

Ainda nesta perspectiva de formação profissional, foi evidenciado que o emprego da *PBL* na graduação médica contribuiu para mudanças na relação médico-paciente, evidenciando uma melhora nesta relação, justificada, pelos pesquisadores, pela convivência precoce dos acadêmicos em ambientes de atenção primária[19]. Quanto à escolha da especialidade, não foi observado aumento de demanda em relação a carreiras generalistas ou de medicina da família, evidenciando que, apesar do estreitamento dos laços entre médico e paciente, as especialidades médicas com caráter segmentar continuam tendo a preferência dos formandos.

Efeitos semelhantes da *PBL* foram observados ao se comparar a relação médico-paciente entre graduandos de duas escolas médicas. Foram constatadas melhoras na relação estabelecida entre os graduandos e os pacientes na escola com currículo em *PBL*, enquanto na escola com estrutura curricular tradicional os padrões se mostraram os mesmos[20]. Os pesquisadores apontam ainda um maior nível de compartilhamento de decisões com os pacientes por parte dos estudantes do sexo feminino, em ambas as estruturas curriculares, com evidências, porém, de aumento na participação masculina dos graduandos sob o regime de *PBL*.

Em estudo realizado com alunos de Medicina e Enfermagem do primeiro e segundo ano da Universidade de Marília (Famema), que adota a *PBL* e a Problematização como metodologia, estes foram capazes de conceituar parcialmente a integralidade (na atenção ao paciente) e mantiveram o conceito de ser humano fragmentado (biopsicossocialmente)[21]. Afirmam os autores que tais achados se justificam pelo fato de a população estudada ser de ingressantes, acreditando que tais conceitos serão desenvolvidos no decorrer da formação.

As pesquisas descritas apontam mudanças apenas em aspectos isolados no perfil do médico formado. Alguns autores trazem considerações acerca desta tímida mudança evidenciada, suscitando a discussão para além do campo pedagógico:

> *As mudanças metodológicas propostas pela via da integração curricular não têm produzido, como se pretende, diferença significativa a ponto de interferirem no modelo real de formação. A centralidade da mudança nos aspectos apenas metodológicos coloca o problema da formação apenas no lugar da pedagogia, o que reduz, significativamente, a possibilidade de produção de processos de deslocamento do objeto da formação do corpo biológico, afetado pela doença, para a gestão de projetos de cuidado.*[22]

No Brasil, ainda conforme os mesmos autores, são escassos os estudos neste sentido, ficando a comparação entre

o currículo tradicional e currículo integrado com proposições de metodologias ativas com pouco embasamento científico se chegar a uma conclusão sobre a efetividade destes como agentes de transformação na formação acadêmica dos estudantes de Medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, o ensino superior brasileiro tem passado por profundas mudanças, sejam estas pautadas pelas características do profissional desejado pela sociedade, seja pela fluidez com que os conhecimentos chegam até estes alunos. A adoção de arquiteturas curriculares mais flexíveis e que proporcionam autonomia aos alunos corrobora e sustenta estas mudanças. Transformar a cultura do ensino, considerando o aluno o produtor de seu próprio conhecimento e questionador do porquê deste conhecimento, é uma característica das metodologias ativas, que parecem suprir os anseios acadêmicos atuais. Na Medicina em especial, a problematização, aliada à prática precoce, transformou-se em prática metodológica frequente, trazendo mudanças no perfil dos profissionais formados. Mudanças positivas foram observadas, como a melhora na relação médico-paciente, atendendo aos preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, mas ainda deixando a desejar no tocante à formação e ao desempenho clínicos.

A estagnação em determinados conceitos, mesmo em alunos graduados pelas metodologias ativas, talvez se explique pelo fato de que, embora o ensino superior tenha evoluído na busca e implementação de novas arquiteturas e metodologias, ainda o faz de forma a reproduzir e incorporar modelos concebidos para uma realidade que não a brasileira. Aliado a esta incorporação, o perfil do docente brasileiro, caracterizado por médicos que exercem docência sem, necessariamente, ter conhecimentos pedagógicos, corroboraria a inflexão dos estudantes para as especialidades. Pensar num modelo curricular flexível, questionador, com o discente como foco do processo ensino-aprendizagem, e que se adapte às práticas acadêmicas e sociais nacionais parece ser um passo necessário em direção a um novo perfil profissional.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. Rev Bras Educ Med [on line]. 2008. 32 (3) [capturado 20 jun. 2017]; 333-346. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300008&lng=pt&nrm=iso
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014.Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11.
3. Almeida Filho, Naomar de. Universidade nova no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Souza; Almeida Filho, Naomar de. A universidade no Século XXI: Para uma Universidade Nova. Coimbra: Almedina, 2008.
4. Schwarcz, Lilia Moritz. O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil_ 1870-1930. São Paulo: 2000.
5. Luckmann LC, Bernart EE. Da Universidade Clássica à Universidade Brasileira: Aproximações e Desdobramentos. UNOESC&Ciência. [on line] 2014. 5 (2) [capturado dez. 2017]; 211-220. Disponível em: https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/5786
6. Lampert, Jadete Barbosa. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil. Tipologia das Escolas. 2. ed. São Paulo: HUCITEC,2009.
7. Ceballos, AGC. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. Recife: UFPE, 2015 [capturado 14 dez. 2017] 6. Disponível em https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3332?show=full
8. Organização Mundial da Saúde. Documento Técnico da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. [capturado 16 dez. 2017]. Disponível em: http://determinantes.saude.bvs.br/local/file/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.doc
9. Sacristán, J. Gimeno; Gómez, A.I. Pérez. Compreender e transformar o ensino. Tradução de Ernani F. da Fonseca Rosa. Porto Alegre: 1998. p. 145.
10. Madruga, LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHSM, Perez IAB, Pessoa TRRF, Brito EEG. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção dos estudantes. Interface. [on line] 2015. 19 (1) [capturado 16 dez 2017]; 805-816. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500805&script=sci_abstract&tlng=pt.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001.Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2011. Seção 1, p. 38.
12. Berbel, NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia do estudante. Semina: Ciências Sociais e Humanas. [on line] 2011. 32 (1) [capturado 03 jul 2017]; 25-40. Disponível em http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf

13. Santomé, Jurjo Torres. Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado. Tradução de Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed,1998. p. 104.
14. Anastasiou, L. das G. Camargos; ALVES, L. Pessate (Org) Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3 ed. Joinville: Univille, 2004.
15. Andrade MRS. Recontextualização do currículo integrado nos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ. São Paulo; 2012. Doutorado [Tese]- Faculdade de educação da Universidade Estadual de Campinas.
16. Dahle LO,Brynhildsen J, Behrbohm Fallsberg M, Rundquist I, Hammar M. ABP e Medicina- Desenvolvimento de alicerces teóricos sólidos e uma postura profissional de base científica. In: ARAÚJO, U.F; SASTRE, G.(Org) Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior. São Paulo: Summus, 2009.
17. Branda LA. A Aprendizagem Baseada em Problemas- o resplendor tão brilhante de outros tempos. In: ARAÚJO, U.F; SASTRE, G.(Org) Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior. São Paulo: Summus, 2009.
18. Gomes AP, Rego S. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? RevBrasEduc Med [on line]. 2011. 35 (4) [capturado 20 jun 2017]; 557-566. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
19. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Alves LA, Batista RS. A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. Rev Bras EducMed [on line]. 2014. 38 (1) [capturado nov 2017]; 47-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0100-550220140001&lng=en&nrm=iso
20. Peixoto JM, Ribeiro MMF, Amaral CFS. Atitude do estudante de Medicina a Respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. Rev BrasEduc Med [on line]. 2011. 35 (2) [capturado 21 nov 2017]; 229-236. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/12.pdf
21. Taroco APRM, Tsuji H, Higa. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. Rev Bras Educ Med [on line]. 2017. 41 (1) [capturado 21 jun 2017]; 12-21. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0012.pdf
22. Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apostas de Mudança na Educação Médica: trajetórias de uma escola de medicina. Interface [on line]. 2017. 60 (21) [capturado 14 dez 2017]; 177-188. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220160007.pdf.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Clarisse Daminelli Borges Machado
Idealizadora do estudo, conteúdos teóricos, redação e revisão do texto.

Andrea Wuo
Participou da análise dos conteúdos teóricos, redação e revisão do texto.

Marcia Heinzle
Participou da análise dos conteúdos teóricos, redação e revisão do texto.

CONFLITO DE INTERESSES:

Nenhum a declarar.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rua Antônio da Veiga, 140 - Itoupava Seca, 89030-903
Blumenau – SC.
Programa de Pós-Graduação em Educação- PPGE.
clarissedbm@gmail.com